



مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان دارای والدین معتاد/عادی

فاطمه سعیدی^۱، محمدعلی محمدی فر^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۱۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد با کودکان دارای پدر غیرمعتاد انجام شد. **روش:** در یک طرح علی-مقایسه‌ای تعداد ۸۰ دانش‌آموز متشکل از ۴۰ دانش‌آموز با پدر معتاد و ۴۰ دانش‌آموز با پدر غیرمعتاد به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه اختلالات رفتاری «اشنباخ» (پرسش‌نامه معلمان، والدین و خودسنجی) سنجیده شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان اختلالات رفتاری کودکان دارای پدر معتاد بیشتر از کودکان دارای پدر غیرمعتاد است. همچنین میزان اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد اعتیاد پدر با به هم ریختن سامان خانواده می‌تواند در بروز اختلالات رفتاری زود هنگام در کودکان نقش داشته باشد.

کلید واژه‌ها: اختلالات رفتاری، پدر معتاد، کودکان

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیکی:

alimohammadyfar@semnsn.ac.ir

مقدمه

موقعیت استراتژیک کشور و قرار گرفتن در همسایگی کشورهای تولید مواد مخدر در جهان می‌باشند، باعث شیوع بالای مصرف مواد مخدر و اعتیاد شده است (حیدری و دیگران، ۱۳۹۱؛ به نقل از وزیران، ۱۳۸۹). مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است (ظفرقندی، ۱۳۹۳). اعتیاد اختلالی با ماهیت مزمن و عودکننده می‌باشد که تهدیدکننده سلامت و حیات بشری است (فلاح‌زاده، حسینی، ۱۳۹۲؛ زیراس، ۱۳۹۰). علاوه بر تهدید سلامتی، عوارض بسیار جدی اعتیاد بر زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه گسترده و عمیق است. مهار توسعه، برهم خوردن ثبات سیاسی و تهدید روند دموکراسی در جوامع از عوارضی است که به معضل اعتیاد نسبت داده می‌شود (میثمی، فرامرزی، و هلاکوئی ناینی، ۱۳۸۵). متأسفانه اعتیاد در کنار سوء تغذیه و آلودگی‌های زیست‌محیطی، تمام جوامع صنعتی و غیرصنعتی را گرفتار کرده و جامعه‌مانیز با آن روبه‌روست. به‌گونه‌ای که اعتیاد در سال‌های اخیر در ایران روند رو به رشدی داشته است.

خانواده پایه و اساس ساخت اجتماعی است، به‌گونه‌ای که سلامت جامعه همواره در گرو سلامت خانواده است. در واقع ریشه و اساس بسیاری از کج‌رفتاری‌ها و انحرافات اجتماعی در درون این نظام کوچک اجتماعی جای دارد. وجود کودک در خانه، سبب سازندگی یا انحطاط اوست و اندیشه و رفتار در آن محیط چنان رنگ و صورت می‌گیرد که اثری مادام‌العمر در او خواهد داشت. بررسی‌های روان‌کاوان متعدد چنین نتیجه داده که سازنده انسان، تجارب دوران کودکی اوست و اعمال نظر خانواده بر رفتار، صفات و حالات دوران بزرگسالی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر اتخاذ مواضع، منابع، دانسته‌ها و ریشه‌های رفتار کودک را جست‌وجو کنیم به این نتیجه خواهیم رسید که مهم‌ترین اساس و منبع آن خانواده است. از نظر علمی خانواده مهم‌ترین علل سازندگی یا ویرانی بنای رفتار، تشکیل و سازمان‌دهی زیستی، ذهنی، روانی، عاطفی و اخلاقی کودک و بزرگترین عامل تکوین شخصیت اوست. نوع تربیت، القانات، نظم‌بخشی و سازماندهی خانواده در رشد یا عدم رشد و شرافت یا انحطاط کودک تأثیرگذار است. اثربخشی

خانواده را باید در جو و محیط‌زیست آن جست‌وجو کرد. والدین از طرفی عامل محبت‌اند و از طرف دیگر عامل اجرای عدالت و انضباط و هنگامی که محبت و انضباط در هم می‌آمیزد، معجزه تربیت و نفوذ به وقوع خواهد پیوست. مهم‌تر از همه این‌که، خانواده برای کودک محیطی اجتناب‌ناپذیر است و زندگی درازمدت او زمینه‌ساز سازشی و عادت‌ی خواهد بود. محققین و دانش‌پژوهان درباره‌ی عوارض ناشی از نابسامانی خانواده بر رشد و تربیت فرزندان نظرات متعددی دارند که نقطه‌اشتراک تمامی آن‌ها تناسب نوع نابسامانی با عوارض خاص رفتاری است. بررسی‌های علمی نیز نشان داده است که خانواده نابسامان جرم‌ساز و مجرم‌پرور است. تحقیقات بسیاری از محققان، خانواده را مهم‌ترین عامل رشد و توسعه‌ی جرائم در بین کودکان و نوجوانان معرفی می‌کنند (آقابخشی، ۱۳۸۲).

امروزه اعتیاد، یکی از اساسی‌ترین مسائل اجتماعی جامعه ماست که می‌تواند نیروهای کارآمد و جوان را به تخریب کشاند و راه مصیبت‌های انحرافی دیگر را نیز هموار سازد. این پدیده مخرب اجتماعی که اینک به دلیل استعداد آسیب‌زدایی جامعه برای پیدایش و رشد اعتیاد، در بسیاری از خانواده‌های ایرانی رسوخ کرده، از یک سو موجب پایین آمدن سن اعتیاد و از دیگر سو موجب گسترش آن گردیده و عملاً در کارکرد خانواده‌ها نیز اختلالی عمیق ایجاد نموده است (آقابخشی، ۱۳۹۱). طبق آخرین گزارش‌های مربوط به اعتیاد، تعداد معتادین در ایران بین ۸۰۰ هزار تا یک میلیون و ۷۰۰ هزار نفر است. بنابراین تعداد معتادین به صورت میانگین یک میلیون و ۲۵۰ هزار نفر می‌باشد. ایران ۷ میلیون نفر جمعیت دارد، بنابراین ۷/۱ درصد جمعیت، معتاد می‌باشند که از این بین ۹۵ درصد معتادین مرد می‌باشند. مطابق این گزارش ۳/۴۷ درصد این معتادین متأهل هستند، همچنین میانگین تعداد اعضای خانواده ۵/۷۴ نفر می‌باشند (زیراس، ۱۳۹۰). اندکی دقت در این ارقام به روشنی نشان می‌دهد که بسیاری از آنان نقش پدر خانواده را ایفا می‌کنند که در الگوبرداری فرزندان، مسئله اعتیاد مجدداً تأثیرگذار است. چنانچه تعداد کل معتادان ایرانی را دو میلیون نفر محاسبه کنیم که ۷۰ درصد آن‌ها متأهل باشند و فقط ۸۵ درصد آنان دارای فرزند بوده و بیش از ۲ فرزند نیز نداشته باشند، براین اساس، دو میلیون و ۵۰۰ هزار کودک با پدر معتاد، شرایط دشوار و گیج‌کننده جامعه‌پذیری را تجربه می‌کنند.

مشاهدات، حاکی است که بر فضای خانواده‌های پدرمعتاد، نوعی نگرانی و اضطراب دائمی سایه افکنده، اعضای خانواده همواره دچار استرس دستگیری پدر خانواده هستند. فرزندان به جای این که پدر را هنگام مراجعه به منزل، با دست پر ببینند، معمولاً هنگام رفتن از منزل نظاره می‌نمایند که با دست پر از منزل خارج می‌شود تا وسیله‌هایی را به پول تبدیل کند و به جای اینکه بر امور منزل نظارت کند، معمولاً مورد نظارت قرار می‌گیرد و به جای ایفای نقش حمایتی خانواده، به نوعی مجبور به حمایت از او می‌شوند. از این رو فرزندان پدرمعتاد در شرایط بسیار گیج‌کننده‌ای به سر می‌برند که در جامعه‌پذیری آن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (کازمیان و دلاور، ۱۳۹۱).

در کنوانسیون اصلاحی حقوق مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۰ به این نکته برمی‌خوریم که «خانواده به‌عنوان جزء اصلی و محیط طبیعی برای رشد و رفاه تمام اعضای خود، به‌ویژه کودکان، باید از حمایت‌ها و مساعدت‌های لازم به‌نحوی برخوردار شود که بتواند مسئولیت‌های خود را در جامعه ایفا نماید.» در جامعه امروز ما، توجه علاقه‌مندان به مسائل خانواده، بیشتر به خانواده‌های متلاشی شده فرزندان تک‌والدی یا بی‌سرپرست تمرکز یافته است. در حالی که وضعیت این کودکان با همه مسائل و دشواری‌ها به‌گونه‌ای مشخص شده و تکلیف‌شان روشن است؛ اما وضعیت کودکان در خانواده‌های پدرمعتاد، به مراتب بحرانی‌تر و غیرقابل مقایسه است. کودکان این قبیل خانواده‌ها حضور فیزیکی پدر را در کنار خود احساس می‌کنند، اما پدری که دیگر پدر نیست و دارای نقشی مخرب و آزاردهنده است. نکته اساسی در خانواده‌های پدرمعتاد که مانع از توجه مسئولان و سیاست‌گذاران شده، این است که برعکس کودکان بی‌سرپرست، آن‌ها هنوز در خانواده زندگی می‌کنند، مثل کودکان دیگر به مدرسه می‌روند و به‌ظاهر نیز دارای پدر و مادر هستند. روند جامعه‌پذیری آنان در درون خانواده به حدی پیچیده و غیرقابل لمس است که تا موضوع اعتیاد پدر فاش نشود، قابل ارزیابی نیست. دشواری مسئله و عدم توجه و رسیدگی به کودکان این قبیل خانواده‌ها از اینجا ناشی می‌شود که هنوز آنان بزهکار و معرجم نیستند؛ اما با نگرشی عمیق‌تر بیم آن وجود دارد که اگر به نوعی، از ایجاد چنین کانون‌های مخربی پیشگیری نشود، آلودگی به کل جامعه سرایت می‌کند. به عبارتی

سلامت جامعه آینده‌ما در گرو نجات خانواده‌هایی است که در این پژوهش، خانواده‌های پدرمعتاد نام گرفته‌اند. لازم به ذکر است که می‌بایست توجه به شرایط زندگی همسر و فرزندان این قبیل خانواده‌ها در اولویت برنامه‌های مبارزه با اعتیاد قرار گیرد. مشاهدات، حاکی از این واقعیت تلخ هستند که برخی از کودکان که در محیط آلوده خانواده برای رفع خماری پدر روانه کوجه‌پس‌کوجه‌ها می‌شوند تا مواد مخدر پدر را از توزیع‌کننده خریداری کنند، ناخواسته و صرفاً به خاطر وابستگی به پدر و رفع خماری او قدم در راه‌های مخرب اجتماعی می‌گذارند (آقابخشی، ۱۳۹۱). در اصل اعتیاد پدر به مواد مخدر، می‌تواند باعث بروز اعتیاد کودک به مواد باشد. اعتیاد، یک بیماری جسمی و روانی به‌شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و اولین پایگاهی که در این خصوص تأثیر می‌پذیرد، سیستم خانواده است (ولمن^۱، ۲۰۱۱). نوجوانان با تاریخچه خانوادگی اعتیاد با احتمال بیشتری پیامدهای مربوط به اعتیاد و دیگر مشکلات روانی را گزارش می‌کنند. از سوی دیگر کودکان رفتارها و مهارت‌های سازشی را در محیط خانواده یاد می‌گیرند، در نتیجه کودکان والدین معتاد ممکن است یاد بگیرند که با ناملایمات و مشکلات زندگی به گونه‌ای که والدین‌شان کنار می‌آمدند، کنار بیایند (شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی‌پور، ۱۳۸۳).

در خانواده‌هایی که بر اثر اعتیاد پدر، انتظارات از نقش‌ها برآورده نمی‌شود، الگوهای رفتاری نامناسبی به فرزندان منتقل می‌شود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که «آیا میزان اختلالات رفتاری کودکان می‌تواند در خانواده‌های دارای پدر معتاد بیشتر از خانواده‌های دارای پدر غیرمعتاد باشد؟».

روش

جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

روش پژوهش، از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری در این تحقیق عبارت بود از: فرزندان پدران معتادی که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در یکی از مدارس ابتدایی شهر

سرخره مشغول تحصیل بوده‌اند. همچنین جامعه دیگر فرزندان پدرانی است که هیچ‌گونه سابقه اعتیاد نداشته و در همان سال در یکی از مدارس ابتدایی شهر سرخره مشغول به تحصیل بوده‌اند. از جامعه اول به روش تصادفی ۴۰ دانش‌آموز انتخاب و از جامعه دوم نیز تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه دوم به گونه‌ای انتخاب شد که به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون سن، جنس، تحصیلات و محل تحصیل با گروه اول هم‌تا باشند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه اختلالات رفتاری آشنباخ^۱: این پرسش‌نامه به نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ معروف است که یک مدل چندمحوری است و چارچوبی برای سازماندهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف، فراهم می‌آورد. در نظام آشنباخ برای به‌دست آوردن اطلاعات از سه منبع والدین، معلم و خود کودک از مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار، استفاده می‌شود. این مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: سیاهه رفتاری کودک^۲، پرسش‌نامه خودسنجی^۳ و فرم گزارش معلم^۴. این مقیاس‌ها با روش تحلیل عوامل به دو عامل کلی درونی‌سازی و برونی‌سازی تبدیل شده‌اند. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای سنجش آسان و مقرون به‌صرفه شایستگی‌ها (توانمندی‌ها)، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی رفتاری است. با استفاده از این فرم‌ها، به آسانی و سهولت می‌توان در ارتباط با طیف وسیعی از شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی رفتاری داده‌های استاندارد اطلاعاتی را به‌دست آورد. برخلاف بسیاری از آزمون‌های استاندارد، فرم‌های آشنباخ با استفاده از ۱۱۳ پرسش بازپاسخ، اطلاعاتی در خصوص بهترین ویژگی‌ها و عمده‌ترین نقاط ضعف کودکان به‌دست آورده و گزارش می‌نماید. این فرم‌ها نوعاً در ۲۰ تا ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. برای به‌دست آوردن تصویری کامل از کارکرد کودک باید تمام صفحات هر ۳ فرم

1. Achenbach
2. Child Behavior Checklist (CBCL)

3. Youth Self-Report (YSR)
4. Teacher's Report Form (TRF)

آشنابخ توسط والدین یا سرپرست کودک، معلم و همچنین برای کودکان ۱۱ تا ۱۸ سال توسط خود آن‌ها تکمیل گردد.

۲- سیاهه رفتاری کودک: این سیاهه توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد و از او مراقبت می‌کند یا هرکسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی مرتبط است و او را به طور کامل می‌شناسد، تکمیل می‌شود. در صفحات این پرسش‌نامه، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک درجه‌بندی می‌گردد. پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست است، ۱ = تا حدی یا گاهی درست است، ۲ = کاملاً یا غالباً درست است، درجه‌بندی می‌کند. برای پاسخ‌دهندگان که توانایی‌شان در خواندن، ضعیف است یا افرادی که به دلایل دیگری قادر به تکمیل فرم‌ها نیستند، این روش را پیشنهاد می‌کنیم: مصاحبه‌گر یک نسخه از فرم را در دست خود بگیرد و یک نسخه از آن را به پاسخ‌دهنده بدهد. آن‌گاه مصاحبه‌گر بگوید: من سؤالات این فرم را تک‌به‌تک برایت می‌خوانم و پاسخ‌هایی را که به آن‌ها می‌دهی، ثبت خواهم کرد. پاسخ‌دهندگان که توانایی خواندن‌شان در حد کافی است، بدون این که منتظر خواندن سؤال از سوی مصاحبه‌گر باشند، پاسخ را می‌دهند. با این حال، برای پاسخ‌دهندگان که نمی‌توانند به خوبی بخوانند، این روش مانع از دست‌پاچگی و بی‌دقتی است.

۳- فرم خودسنجی: این فرم که برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال هنجاریابی شده است، توسط خود نوجوان تکمیل می‌شود. اگر نوجوانی قادر نباشد به طور مستقل فرم را تکمیل کند، همان‌طور که در مورد سیاهه رفتاری کودک گفته شد، فرد دیگری می‌تواند فرم را برای او قرائت کند. در صفحه اول فرم، علاوه بر ثبت اطلاعات جمعیت‌شناسی، نمرات خام، نمرات T و رتبه‌های درصدی مقیاس‌های شایستگی و کارکرد انطباقی، مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM نیز ثبت می‌گردد. ۱۰۵ سؤال، مربوط به مشکلات عاطفی رفتاری فرم خودسنجی، همتایی در فرم سیاهه رفتاری کودک دارند. همچنین ۹۳ سؤال این فرم که به مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی مربوط می‌شوند، با سؤالات فرم گزارش معلم یکسان است.

۴- فرم گزارش معلم: این فرم را که برای سنین ۶ تا ۱۸ سال هنجار شده است، معلم یا سایر کارکنان مدرسه، مانند مشاور، مدیر یا معاون، دستیار معلم و مربی ویژه که با عملکرد کودک در مدرسه آشناست، تکمیل می‌کند. این فرم روشی کارآمد و اقتصادی برای به دست آوردن تصویری فوری از عملکرد کودک در مدرسه از نگاه معلم یا سایر کارکنان فراهم می‌آورد. از فرم گزارش معلم می‌توان برای مقایسه گزارش‌های حاصل از معلمان مختلف و سایر افرادی که کودک را در مدرسه مشاهده می‌کنند، همچنین به منظور مقایسه با گزارش‌های حاصل از سیاهه رفتاری کودک و فرم خودسنجی استفاده کرد. صفحه اول گزارش معلم به اطلاعات جمعیت شناختی درباره دانش آموز مربوط است. در این صفحه همچنین نمرات خام، نمرات T رتبه‌های درصدی مقیاس‌های شایستگی، مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM ثبت می‌شود. در صفحه دوم این فرم برای فراهم آوردن اطلاعاتی در خصوص پاسخ‌دهنده و بافتی که دانش آموز در آن مورد مشاهده قرار می‌گیرد، تدوین شده است. از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا نقش خود را در مدرسه و مدت آشنایی‌اش را با دانش آموز و میزان شناختش از او را معین کند و نیز مدت زمانی که برای دانش آموز صرف می‌کند و نوع خدمتش به دانش آموز را مشخص کند.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر والدین به تفکیک گروه‌ها در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر والدین به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب - افسردگی	دارای خانواده معتاد	۶/۹۷	۴/۰۶	۴۰
	عادی	۴/۸۵	۲/۳۳	۴۰
گوشه‌گیری - افسردگی	دارای خانواده معتاد	۳/۸۲	۲/۵۴	۴۰
	عادی	۲/۷۵	۱/۵۵	۴۰
شکایت جسمانی	دارای خانواده معتاد	۳/۵۷	۲/۵۲	۴۰
	عادی	۲/۴۲	۱/۹۸	۴۰
مشکلات اجتماعی	دارای خانواده معتاد	۴/۶۰	۳/۴۲	۴۰
	عادی	۳/۵۲	۱/۹۷	۴۰
مشکلات تفکر	دارای خانواده معتاد	۴/۱۰	۲/۲۰	۴۰
	عادی	۳/۷۰	۲/۳۳	۴۰
مشکلات توجه	دارای خانواده معتاد	۱۰/۵۷	۴/۰۷	۴۰
	عادی	۹/۸۵	۳/۰۹	۴۰
رفتار قانون‌شکنی	دارای خانواده معتاد	۳/۰۲	۲/۰۷	۴۰
	عادی	۴/۰۱	۱/۸۲	۴۰
رفتار پرخاشگری	دارای خانواده معتاد	۸/۱۷	۳/۹۲	۴۰
	عادی	۷/۷۴	۲/۸۷	۴۰

آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر معلمان به تفکیک گروه‌ها در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر معلم به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب - افسردگی	دارای خانواده معتاد	۳/۵۵	۲/۰۷	۴۰
	عادی	۴/۲۹	۲/۲۲	۴۰
گوشه‌گیری - افسردگی	دارای خانواده معتاد	۲/۵۲	۱/۳۵	۴۰
	عادی	۳/۳۴	۱/۷۵	۴۰
شکایت جسمانی	دارای خانواده معتاد	۱/۸۷	۰/۷۲	۴۰
	عادی	۲/۶۵	۱/۱۸	۴۰
مشکلات اجتماعی	دارای خانواده معتاد	۲/۲۵	۱/۱۰	۴۰
	عادی	۳/۴۰	۱/۶۴	۴۰

جدول ۲: آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر معلم به تفکیک گروه‌ها

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۴۰	۱/۱۰	۳/۰۰	دارای خانواده معتاد	مشکلات تفکر
۴۰	۱/۷۴	۴/۶۰	عادی	
۴۰	۲/۶۰	۱۰/۸۲	دارای خانواده معتاد	مشکلات توجه
۴۰	۲/۷۶	۱۲/۵۱	عادی	
۴۰	۱/۸۵	۵/۰۲	دارای خانواده معتاد	رفتار قانون شکنی
۴۰	۲/۲۸	۶/۵۰	عادی	
۴۰	۱/۹۰	۵/۸۷	دارای خانواده معتاد	رفتار پرخاشگری
۴۰	۲/۳۷	۹/۸۴	عادی	

آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر خود دانش‌آموزان به تفکیک گروه‌ها در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی اختلالات رفتاری از نظر دانش‌آموزان به تفکیک گروه‌ها

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۴۰	۴/۸۵	۸/۷۷	دارای خانواده معتاد	اضطراب - افسردگی
۴۰	۳/۰۸	۵/۴۶	عادی	
۴۰	۳/۹۲	۴/۴۰	دارای خانواده معتاد	گوشه‌گیری - افسردگی
۴۰	۲/۳۷	۳/۰۹	عادی	
۴۰	۳/۱۵	۳/۷۵	دارای خانواده معتاد	شکایت جسمانی
۴۰	۲/۳۰	۳/۱۴	عادی	
۴۰	۳/۶۴	۵/۱۵	دارای خانواده معتاد	مشکلات اجتماعی
۴۰	۲/۴۶	۳/۵۱	عادی	
۴۰	۶/۹۲	۸/۴۷	دارای خانواده معتاد	مشکلات تفکر
۴۰	۳/۱۹	۴/۴۶	عادی	
۴۰	۹/۴۶	۱۶/۰۷	دارای خانواده معتاد	مشکلات توجه
۴۰	۶/۳۲	۵/۸۸	عادی	
۴۰	۳/۰۹	۷/۹۵	دارای خانواده معتاد	رفتار قانون شکنی
۴۰	۴/۳۰	۷/۱۵	عادی	
۴۰	۶/۱۵	۹/۷۸	دارای خانواده معتاد	رفتار پرخاشگری
۴۰	۳/۲۵	۵/۸۶	عادی	

برای بررسی تفاوت اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان خانواده‌های معتاد و عادی از نظر والدین آن‌ها می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش‌شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم برقراری این پیش‌شرط داشت ($M=113/37$, $F=2/805$, $P<0/001$). نتایج آزمون لون در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا با توجه به گروه

متغیرها	آمار F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
اضطراب-افسردگی	۶/۱۵۹	۱	۷۸	۰/۰۱۵
گوشه‌گیری-افسردگی	۲/۱۴۷	۱	۷۸	۰/۱۴۷
شکایت جسمانی	۱/۰۷۴	۱	۷۸	۰/۳۰۳
مشکلات اجتماعی	۳/۴۸۸	۱	۷۸	۰/۰۶۶
مشکلات تفکر	۶/۸۹۸	۱	۷۸	۰/۰۱
مشکلات توجه	۳۰/۴۲۹	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵
رفتار قانون‌شکنی	۴/۵۶۳	۱	۷۸	۰/۰۳۶
رفتار پرخاشگری	۲۲/۰۱۹	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در اضطراب-افسردگی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری تفاوت معناداری بین واریانس‌های خطا وجود دارد. با توجه به اینکه هیچ‌کدام از پیش‌شرط‌ها برقرار نبود، لذا شاخص اثرپیلای را به عنوان شاخص چندمتغیری در نظر می‌گیریم. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از عدم برابری گروه‌ها در اختلالات رفتاری داشت ($F=2/262$, $P<0/05$, $\eta^2=0/203$). برای بررسی الگوهای تفاوت از جدول تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح ذیل استفاده شد.

جدول 5: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت با توجه به گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	آمار F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب - افسردگی	۹۰/۳۱	۸/۲۴۸	۰/۰۰۵	۰/۰۹۶	۰/۸۱
گوشه‌گیری - افسردگی	۲۳/۱۱	۵/۲۲۱	۰/۰۲۵	۰/۰۶۳	۰/۶۲
شکایت جسمانی	۲۶/۴۵	۵/۱۳۸	۰/۰۲۶	۰/۰۶۲	۰/۶۱
مشکلات اجتماعی	۲۳/۱۱	۲/۹۶۷	۰/۰۸۹	-	۰/۴۰
مشکلات تفکر	۷۲/۲۰	۵/۲۴۴	۰/۰۲۵	۰/۰۶۳	۰/۶۲
مشکلات توجه	۸۴۵/۰۰	۱۵/۸۵۷	۰/۰۰۰۵	۰/۰۱۶۹	۰/۹۸
رفتار قانون شکنی	۱۸/۰۵	۱/۸۶۳	۰/۱۷۶	-	۰/۲۷
رفتار پرخاشگری	۳۶۱/۲۵	۱۰/۵۹۹	۰/۰۰۲	۰/۱۲	۰/۸۹

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در مؤلفه‌های اضطراب - افسردگی، گوشه‌گیری - افسردگی، شکایت جسمانی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگری بین دو گروه وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام مؤلفه‌های گروه دارای خانواده معناد، نمرات بالاتری دارند. برای بررسی تفاوت اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان خانواده‌های معناد و عادی از نظر معلمان آن‌ها، می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش‌شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم برقراری این پیش‌شرط داشت ($P < 0/001$, $F = 4/682$, $M = 189/232$ باکس). پیش‌شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول 6: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا با توجه به گروه

متغیرها	آمار F	درجه آزادی بین‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	معناداری
اضطراب - افسردگی	۷/۶۱۹	۱	۷۸	۰/۰۰۷
گوشه‌گیری - افسردگی	۹/۵۶۴	۱	۷۸	۰/۰۰۳
شکایت جسمانی	۱۱/۱۵۸	۱	۷۸	۰/۰۰۱
مشکلات اجتماعی	۹/۰۹۹	۱	۷۸	۰/۰۰۳
مشکلات تفکر	۱۴/۸۴۹	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵
مشکلات توجه	۱۳/۰۹۱	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵
رفتار قانون شکنی	۱۲/۷۱۸	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵
رفتار پرخاشگری	۹/۸۷۹	۱	۷۸	۰/۰۰۰۵

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در اضطراب-افسردگی، گوشه‌گیری-افسردگی، شکایت جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری تفاوت معناداری بین واریانس‌های خطا وجود دارد. با توجه به اینکه هیچکدام از پیش شرط‌ها برقرار نبود لذا شاخص اثربیایی را به‌عنوان شاخص چندمتغیری در نظر می‌گیریم. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از عدم برابری گروه‌ها در اختلالات رفتاری داشت ($F= ۲/۶۸۴, P < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۲۳۲$). برای بررسی الگوهای تفاوت از جدول تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت با توجه به گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	آمار F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب-افسردگی	۴۳/۵۱	۳/۷۲۷	۰/۰۵۷	-	۰/۴۷۹
گوشه‌گیری-افسردگی	۲۷/۶۱	۳/۸۸۰	۰/۰۵۲	-	۰/۴۹۴
شکایت جسمانی	۲۶/۴۵	۶/۲۸۳	۰/۰۱۴	۰/۰۷۵	۰/۶۹۷
مشکلات اجتماعی	۲۶/۴۵	۳/۷۰۳	۰/۰۵۸	-	۰/۴۷۶
مشکلات تفکر	۷۲/۲۰	۵/۹۶۸	۰/۰۱۷	۰/۰۷۱	۰/۶۷۵
مشکلات توجه	۱۳۵/۰۱	۱۶/۴۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۰۱۷۵	۰/۹۸۰
رفتار قانون شکنی	۲۰۱/۶۱	۸/۵۰۰	۰/۰۹۸	-	۰/۸۲۱
رفتار پرخاشگری	۳۱۶/۲۵	۶/۱۷۲	۰/۰۷۳	-	۰/۶۸۹

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در مؤلفه‌های شکایت جسمانی، مشکلات تفکر و مشکلات توجه بین دو گروه وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام مؤلفه‌های گروه دارای خانواده معتاد، نمرات بالاتری دارند.

برای بررسی تفاوت اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان خانواده‌های معتاد و عادی از نظر خود دانش‌آموزان می‌بایست از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌ها است. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم برقراری این پیش شرط داشت ($F= ۲/۱۵۰, P < ۰/۰۰۱, M= ۸۷/۰۲۸$ باکس).

پیش شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا با توجه به گروه

متغیرها	آمار F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
اضطراب- افسردگی	۳/۷۱۰	۱	۷۸	۰/۰۵۸
گوشه گیری- افسردگی	۳/۸۴۲	۱	۷۸	۰/۰۵۴
شکایت جسمانی	۱/۱۲۷	۱	۷۸	۰/۲۹۲
مشکلات اجتماعی	۵/۲۶۲	۱	۷۸	۰/۰۲۵
مشکلات تفکر	۳/۶۷۶	۱	۷۸	۰/۰۵۹
مشکلات توجه	۱/۸۴۲	۱	۷۸	۰/۱۷۹
رفتار قانون شکنی	۰/۵۳۴	۱	۷۸	۰/۲۲۳
رفتار پرخاشگری	۵/۴۹۰	۱	۷۸	۰/۰۲۲

همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود در مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگری تفاوت معناداری بین واریانس‌های خطا وجود دارد. با توجه به اینکه هیچ کدام از پیش شرطها برقرار نبود لذا شاخص اثر پیلائی را به عنوان شاخص چندمتغیری در نظر می‌گیریم. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از عدم برابری گروه‌ها در اختلالات رفتاری داشت ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۵/۰۳۶$, $\eta^2 = ۰/۳۶۵$). برای بررسی الگوهای تفاوت از جدول تحلیل واریانس تک متغیری به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت با توجه به گروه

متغیرها	میانگین مجزورات	آمار F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب- افسردگی	۳۰۴/۸۱	۱۵/۴۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۶۷	۰/۹۷۲
گوشه گیری- افسردگی	۴/۴۹	۰/۵۹۰	۰/۴۴۵	-	۰/۱۱۸
شکایت جسمانی	۷/۰۲	۰/۹۲۴	۰/۳۳۹	-	۰/۱۵۸
مشکلات اجتماعی	۴۴/۹۶	۴/۸۶۲	۰/۰۳۰	۰/۰۵۹	۰/۵۸۶
مشکلات تفکر	۴۷/۵۶	۳/۱۵۰	۰/۰۸۰	-	۰/۴۱۸
مشکلات توجه	۸۶۳/۶۸	۲۳/۲۱۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳۲	۰/۹۹۷
رفتار قانون شکنی	۱۲/۵۲	۰/۸۹۷	۰/۳۴۷	-	۰/۱۵۵
رفتار پرخاشگری	۲۵۸/۹۳	۱۱/۴۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۳۰	۰/۹۱۷

همان‌گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در مؤلفه‌های اضطراب-افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگری بین دو گروه وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام موارد گروه دارای خانواده معتاد نمرات بالاتری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی تفاوت اختلالات رفتاری از نظر والدین نتایج نشان داد اضطراب-افسردگی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری در گروه دارای پدران معتاد بالاتر است. همچنین از نظر معلمان نتایج نشان داد در اضطراب-افسردگی، گوشه‌گیری-افسردگی، شکایت جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری کودکان دارای پدر معتاد نمرات بالاتری دریافت می‌کند. از نظر خود دانش‌آموزان نیز نتایج نشان داد در مؤلفه‌های اضطراب-افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگری دانش‌آموزان دارای پدر معتاد نمرات بالاتری به خود داده‌اند. محیط خانواده اولین محیطی است که فرد در آن رشد می‌کند و هنجارها را می‌آموزد. خانواده اولین محل رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است و علاوه بر این می‌تواند منبعی برای اختلال نیز باشد. محیط خانواده رابطه مستقیمی با اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان دارد. در بسیاری از موارد اعتیاد ناشی از اختلالات در ساختار خانواده است. اعتیاد پدر و مادر یا هر دو به مواد مخدر، منازعات و مشاجراتی که پس از اعتیاد بروز می‌کند، همچنین وضع غم‌انگیز و اسفناک معتاد در خانواده، اثرات وخیمی در روحیهٔ اطفال باقی گذاشته و سبب اختلال عاطفی و روانی گردیده و باعث می‌شود تا فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک هنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند و استعمال مواد مخدر یا داروهای روان‌گردان را بدون اطلاع از عواقب و خیم آن شروع کنند (شاکری، ۱۳۹۳). در مقایسه‌ای که ریچارد بلوم^۱ بین خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد در الجزایر انجام داده، به این نتیجه رسیده است که

اگر خانواده در برابر مواد مخدر، عقاید آزادگونه‌ای داشته باشد، بی‌گمان نوجوانان چنین خانواده‌ای همان طریق را پیموده، به‌سادگی به مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند و دوستانی را برمی‌گزینند که تمایل به مصرف مواد مخدر دارند. احتمال گرایش به سمت مواد در فرزندان که دارای پدر و مادر معتاد می‌باشند، بسیار بالاتر از دیگران است (کیم، کواک، یان^۱، ۲۰۱۰). هاکر و سارتوریوس^۲ در پژوهشی که در سال‌های ۲۰۱۲ انجام داد، این‌گونه نتیجه گرفت که بچه‌ها تمایل به پیروی از والدین در مشروب‌خواری دارند. این امر در تقلید آن‌ها در مورد سیگار و سایر مواد اعتیادآور دیگر نیز مطرح است (ساعدی، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش هاکر، با پژوهش‌های آقابخشی (۱۳۹۱) و شایگان (۱۳۹۰) همخوانی دارد. فرزندان در درون خانواده گاهی با تقلید از بزرگترها و گرفتن نقش‌های آنان (درآوردن ادای دیگران) روند الگوبرداری را نشان می‌دهند. با چنین تقلیدی از رفتار بزرگتران، برای زندگی اجتماعی کامل‌تری به‌صورت یک فرد بالغ آماده می‌شوند. بارها مشاهده شده که فرزندان با اسباب‌بازی‌های خود در نقش یک بزرگتر همان رفتاری را می‌کنند که مایلند والدین با آنان داشته باشند (پژوهش‌گری قبل از انقلاب، کودکانی را در خانواده‌های معتادان مشاهده کرده که با مداد و خودکار خود ادای هروئین کشیدن را در می‌آورند و پس از انقلاب نیز در مهدکودک شاهد بوده است که برخی از کودکان زیر سن دبستان در بازی‌های چندنفره نقش معتاد، قاچاقچی و کمیته‌ای را ایفا می‌کردند. فرزندان در جریان بازی، از خصوصیات نقش‌ها آگاه می‌شوند و از این طریق به ماهیت نقش‌ها دست می‌یابند. کودکان در بازی‌های دسته‌جمعی نه تنها نقش خود را ایفا می‌کنند، بلکه نقش‌های دیگران را نیز درباره خود می‌شناسند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که فرزندان خانواده‌هایی که درآمد کمتری دارند، بیشتر به‌سمت مواد روی می‌آورند. هدایت و نظارت والدین نیز جزء عوامل پیشگیری از مصرف مواد می‌باشد. مطالعات بسیار نشان داده‌اند که شیوع مصرف مواد در بین نوجوانان و جوانانی که کمتر از سوی والدین هدایت و نظارت می‌شوند، بسیار آسان‌تر است.

1. Kim, Kwak, & Yun

2. Haker, & Sartorius

کوتاه سخن این که با وجود یک فرد معتاد در خانواده زندگی هر یک از افراد خانواده به نحوی صدمه می‌بیند؛ به این دلیل که آن‌ها برای ادامه حیات مجبور می‌شوند تغییراتی در زندگی خود ایجاد کنند تا بتوانند با اثرات ویرانگر بیماری اعتیاد کنار بیایند. به همین دلیل این روش به مرور زمان باعث می‌شود تا زندگی خود آن‌ها به فلاکت و بدبختی کشیده شود. هر یک از اعضای خانواده معتاد در واکنش به تغییرات شدید شخصیتی و رفتاری فرد معتاد، به طور ناخواسته روش به خصوصی را برای مقابله با عواقب و پی آمدهای ناشی از اعتیاد او انتخاب می‌کند و این راهکارها و عکس‌العمل‌ها به تدریج به بخشی از رفتار و خلق و خوی خانواده تبدیل می‌شود. همسر، والدین و فرزندان که معتاد نیستند اغلب ناچار می‌شوند تا نیازهای خود و دیگر اعضای خانواده را نادیده گرفته و مثلاً برای این که مشاجره‌ای بین اعضای خانواده به وجود نیاید رفتارهای دردسرساز آفرین عضو معتاد را توجیه و یا تحمل نمایند. سیستم خانواده غالباً از ویژگی‌های بیمارگونه خاصی تبعیت می‌کند. افراد برای بقای خود و خانواده نقش‌هایی که به آنان تحمیل شده را می‌پذیرند. معمولاً مقررات و قواعد حاکم بر خانواده که پیش از معتاد شدن یکی از اعضا، امنیت و توانایی روبرو شدن با مشکلات را در خانواده تامین می‌کرد، کارایی خود را از دست داده و به تدریج مقررات و قوانین جدیدی جایگزین آن‌ها می‌شوند و همه اعضا از آن تبعیت می‌کنند: قانون حرف نزن: همه اعضا مسائل و مشکلاتی که به موجب رفتارهای نامطلوب ناشی از بیماری اعتیاد در خانواده به وجود آمده را می‌بینند، اما هیچکس در مورد آن‌ها صحبت نمی‌کند. قانون احساس نکن: افراد خانواده احساس خود را سرکوب می‌کنند، به عبارت دیگر جرات پرداختن به احساسات واقعی خود (مانند شادی، غم، خشم، عشق، محبت و...) را ندارند. قانون به هیچکس اعتماد نکن: افراد خانواده ناچار می‌شوند که صادق نباشند و نه تنها به دیگران، بلکه به خودشان هم دروغ بگویند. همه این‌ها زمینه‌ساز اختلالات رفتاری کودکان قرار می‌گیرند که نتایج این تحقیق این امر را نشان می‌دهد.

تأثیرات ویرانگری که اعتیاد پدر ممکن است بر روی کودکان بگذارد عبارت است از: به علت ترس یا احساس شرم و خجالت، از ارتباط و فعالیت‌های مشترک با دوستان به ویژه در محیط خانواده خودداری می‌کنند؛ به خاطر سردرگمی در خصوص چگونگی رفتار با

پدر یا مادر، از محیط خانه می‌گریزند. برای آن‌ها خانه یک محیط امن نبوده و مکانی خطرناک به حساب می‌آید، چون ممکن است رفتار فرد معتاد هر لحظه به شدت تغییر کند؛ از هیچ‌گونه حمایت عاطفی یا فیزیکی برخوردار نمی‌باشند چون والدین معتاد آن‌ها تنها به فکر تهیه و مصرف مواد و نشئگی خود هستند. در بسیاری از مواقع فرزندان والدین معتاد خودشان نیز معتاد می‌شوند تا از این طریق بتوانند فضای ناسالم خانواده را تحمل نمایند؛ به دلیل این که کودکان تنها با رفتارهای منفی و شیطنت‌آمیز می‌توانند توجه و محبت والدین را به خود جلب کنند، بدین خاطر همواره تلاش می‌کنند تا از این طریق به خواسته‌های خود برسند (علل رفتارهای مخرب)؛ فرزند در ارتباط با والدینش احساس سردرگمی و اضطراب می‌کند چون یکی از آن‌ها (پدر یا مادر) را دوست دارد و از دیگری بیزار است. اصولاً والدین معتاد هنگام مشاجره و دعوا کردن با یکدیگر از فرزندان‌شان بر ضد یکدیگر استفاده می‌کنند. در این شرایط کودک نمی‌داند که طرف کدام یک از آن‌ها را باید بگیرد و به همین خاطر در وضعیت ناگواری قرار می‌گیرد؛ فرزند احساس می‌کند که هیچ ارزش و اهمیتی ندارد و احساس گنجی و سردرگمی در وی افزایش می‌یابد؛ کودکان والدین معتاد معمولاً نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند. آن‌ها ارزش‌های اجتماعی را به درستی پذیرا نبوده و با همسالان عادی خود سازگاری ندارند. به نظافت و لباس پوشیدن خود توجه کافی نمی‌کنند و معمولاً دچار ترک تحصیل یا افت تحصیلی می‌شوند. آن‌ها اغلب اوقات خود را بیهوده هدر داده و یا جذب همسالان بزهکار می‌شوند (یادگیری و تقلید در انجام اختلالات رفتاری).

۲۳۲

232

سال دوازدهم، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۷
Vol. 12, No. 46, Summer 2018

منابع

آقابخشی، حبیب (۱۳۹۱). *اعتیاد و آسیب شناسی خانواده*، ناشر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - رسانه تخصصی.

آقابخشی، حبیب_ اله (۱۳۸۲). *کودکان پدر معتاد، فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲(۷)، ۲۱۵-۱۹۱.

حلاج‌زاده، هدا (۱۳۹۰). *مقایسه رشد اجتماعی فرزندان ۱۸-۱۲ سال دارای پدر معتاد و فرزندان دارای*

پدر غیرمعتاد در مرکز درمان سرپایی و خود معرف بهزیستی شهرستان دزفول، پایان‌نامه کارشناسی

ارشد، تهران. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

حیدری، حشمت‌الله؛ مالیر، محمدشریف؛ کامران، عزیز و بیرانود، نورالدین (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای علل سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه معتادین و خانواده آن‌ها در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان خرم‌آباد، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۸(۶)، ۱۰۲۶-۱۰۱۷.

دالوندی، اصغر و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۰). پژوهشی پیرامون مشکلات روانی اجتماعی نوجوان «پدر معتاد»، *توانبخشی*، ۲(۲۰۱)، ۳۴-۲۶.

دالوندی، اصغر (۱۳۹۱). *بررسی مشکلات روانی نوجوانان پدر معتاد. مرکز بازپروری و توانبخشی معتادین قرچک تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.

زیراس، مارتین و حلاج‌زاده، هدا (۱۳۹۰). بررسی تأثیر اعتیاد پدر بر رشد اجتماعی فرزندان ۱۲ تا ۱۸ سال در شهرستان دزفول، *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۳(۲)، ۴۷-۳۵.

شاکری، مرضیه، (۱۳۹۳). *بررسی علل روانی اجتماعی موثر بر گسترش اعتیاد به مواد مخدر، مجموعه مقالات همایش آسیب شناسی اجتماعی در استان خراسان جنوبی*، ناشر فرماندهی انتظامی.

شایگان، فریبا (۱۳۹۰). *خانواده و پیشگیری از اعتیاد، فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم*، ۶(۱۸)، ۶۰-۳۳.

شمس اسفندآبادی، حسن؛ صدرالسادات، سیدجلال و امامی‌پور، سوزان (۱۳۸۳). *شناسایی اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد. فصلنامه توانبخشی*، ۵(۱۷-۱۶)، ۳۸-۳۲.

میثمی، علی پاشا؛ فرامرز، بیژن و هلاکوئی نائینی، کوروش (۱۳۸۵). *معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند؟ مجله دانشکده پزشکی*، ۶۴(۵)، ص ۴۳-۳۴.

کازمیان، سمیه و دلاور، علی (۱۳۹۱). *بررسی رابطه بین تمایز یافتگی با میزان تمایل به اعتیاد در مردان متأهل. پژوهش‌نامه نظم و امنیت انتظامی*، ۴(۱۶)، ۱۱۶-۱۰۵.

وزیریان، محسن (۱۳۸۹). *مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه راهبردی کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۳(۹)، ۲۰۲-۱۴۵.

Achenbach; T.M. (2013). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991; Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of psychiatry.

Haker, D., & Sartorius, N. (2011), *Health and Behavior, Selected Perspectives, World Health Organization*. Cambridge University Press.

Kim, E, Kwak, D. H., & Yun, M. (2010). Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. *Journal of Criminal Justice*, 38(1), 17-24.

Wolman, J. (2010). *Family student: Information Needs and Resources*. Yorkshire: British Library.

